

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 74

LES

PSEUDO - SPONDYLITES

HYSTÉRO - TRAUMATIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Janvier 1920

PAR

CRISTOL (François-Célestin-Marie)

Né à Saint-André-de-Sangonis (Hérault), le 8 mai 1894

Croix de Guerre (4 citations)

Ancien externe des Hôpitaux de Montpellier

Prix Dubrueil (1914)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

BOSC, professeur.

EUZIERE, agrégé.

ETHENNE, grégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE » IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

145 Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

LES

PSEUDO - SPONDYLITES

HYSTÉRO - TRAUMATIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 74

LES

PSEUDO - SPONDYLITES

HYSTÉRO = TRAUMATIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Janvier 1920

PAR

CRISTOL (François-Célestin-Marie)

Né à Saint-André-de-Sangonis (Hérault), le 8 mai 1894

Croix de Guerre (4 citations)

Ancien externe des Hôpitaux de Montpellier

Prix Dubrueil (1914)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
BOSC, professeur.
EUZIÈRE, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. FEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRET (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, prof., présid.; BOSC, prof.; EUZIERE, agr. lib.;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

F. CRISTOL.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0117

AVANT-PROPOS

A la fin de notre scolarité si longtemps interrompue par la guerre, nous ne pouvons nous remémorer notre vie d'étudiant sans un profond sentiment de tristesse ; notre pensée va d'abord à ceux d'entre nos anciens compagnons d'étude qui ne connaîtront pas ce beau jour de la thèse : à notre frère aîné si cruellement arraché à notre affection, à tous nos vieux amis, nos meilleurs camarades, tombés au champ d'honneur.

Et, à la veille de nous engager dans la carrière médicale, nous ne saurions le faire sans témoigner publiquement notre reconnaissance à tous nos maîtres, à tous ceux qui concoururent à former notre esprit et notre intelligence : et d'abord à notre père, le docteur A. Cristol, le meilleur des maîtres, celui dont l'exemple quotidien d'honneur et de conscience professionnelle aura contribué plus que n'importe quelle leçon à faire notre éducation médicale ; à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, qui ne nous refusèrent jamais l'appui de leur sympathie et l'aide de leurs conseils ; à M. le professeur Ducamp, dont les leçons cliniques nous furent si précieuses et qui, en souvenir

VIII.

des relations qui l'unirent jadis à notre père, nous montra toujours une si grande bienveillance ; à M. le professeur Estor, qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse ; à M. le professeur Rimbaud, dont les conseils nous furent si utiles pour la composition de cette étude, et enfin à M. le docteur Aimes, qui nous témoigna toujours une cordiale amitié et qui nous conseilla d'entreprendre ce travail.

LES

PSEUDO-SPONDYLITES

. HYSTÉRO-TRAUMATIQUES

INTRODUCTION

Affecté peu de temps avant notre démobilisation à l'hôpital marin de Palavas, nous eûmes à plusieurs reprises l'occasion d'étudier quelques cas de pseudo-maux de Pott dirigés par erreur sur ce centre de tuberculose chirurgicale. Nous pûmes en particulier observer deux malades envoyés avec le diagnostic de « mal de Pott survenu après un traumatisme » et qui ne présentaient que des manifestations d'hystéro-traumatisme.

C'est à cette occasion que nous décidâmes d'entreprendre l'étude de la rachialgie hystéro-traumatique, à la suite et sur le conseil de M. le docteur Aimes, chef de clinique chirurgicale infantile de Montpellier, qui dirigeait alors l'hôpital de Palavas.

Nos recherches bibliographiques nous permirent de constater que ce syndrome névralgique avait été trop souvent négligé et qu'on pouvait toujours le retrouver dans toutes les formes d'hystéro-traumatisme localisé au rachis, du moins à leur début. Nous vîmes enfin comment

cette douleur expliquait physiologiquement la production des attitudes vicieuses et des déformations rachidiennes. Et nous fûmes ainsi amené à étudier, à propos de la rachialgie hystéro-traumatique, les cyphoses et les plicatures psycho-névrosiques post-traumatiques. •

Il nous parut impossible de ne pas réunir sous le même nom des formes cliniques qui se confondent en réalité assez souvent, ou qui, du moins, sont appelées à se succéder les unes aux autres si une heureuse thérapeutique ne vient arrêter l'évolution de la maladie. Et c'est pourquoi, sous le titre de « pseudo-spondylite hystéro-traumatique », nous avons voulu grouper toutes les formes de l'hystéro-traumatisme localisé au rachis.

On pourrait nous reprocher de ne pas employer le terme plus simple d'hystéro-traumatisme rachidien. Si nous ne l'avons pas fait, c'est que sous ce nom on a trop longtemps désigné par erreur le « railway spine » d'Ericksen dont le tableau clinique ne se rapproche nullement de celui des « pseudo-spondylites » mais reproduit exactement celui de la commotion médullaire.

Certains pourraient encore critiquer le mot de spondylite; plus général, il a, à notre avis, l'avantage d'englober tous les symptômes et de désigner aussi bien les plicatures que les névralgies spinales pures sans déformation. Crespin, dans un article de la Presse médicale (oct. 1913), cherche à opposer au mot spondylite celui de spondylose. D'après lui, on devrait désigner par le nom de spondylites les inflammations des corps vertébraux, et par celui de spondyloses certains processus plus lents, évoluant sans inflammation après un traumatisme ou à l'occasion d'une dénutrition du tissu osseux. La spondylite se traduirait par des phénomènes douloureux locaux avec leurs conséquences

immédiates telles que la contracture musculaire de voisinage, etc. La spondylose ne présenterait guère que des déformations rachidiennes. Ainsi le terme de spondylite ne paraîtrait convenir qu'à la forme de névralgie spinale pure, et seul le terme de spondylose serait autorisé dès qu'apparaîtrait la déformation. Mais cette distinction nous semble bien rigoureuse, les deux formes se fusionnant le plus souvent ; elle nous paraît ici sans valeur du reste, puisque basée sur l'anatomie pathologique que l'on ne saurait invoquer dans l'hystérie, maladie sans lésion.

Nous avons tenu dans notre titre, par le préfixe de « pseudo », à souligner cette absence de toute lésion organique dans la maladie que nous étudions ici. De longs débats ont eu lieu à ce sujet. Il est indispensable de reconnaître que, dans bien des cas, l'hystérie vient se greffer sur une épine organique d'origine traumatique ou même médicale. Nous verrons cette notion revenir souvent sous notre plume au cours de notre travail. Mais il est indubitable que certains cas ne sont que de l'hystéro-traumatisme et la preuve certaine en est faite par maintes guérisons totales et définitives obtenues au moyen de la seule psychothérapie. Ce sont seuls ces cas purs que nous étudions ici.

Cette étude ne peut avoir la prétention d'épuiser la question. Sur bien des points nous avons systématiquement abrégé, par exemple sur les rapports du pithiatisme et du mal de Pott ; des articles excellents ont déjà paru sur ce sujet, nous avons préféré ne pas y insister. Parfois aussi le désir d'être clair nous a amené à être un peu trop schématique, surtout dans notre essai de classification des formes cliniques, mais cela nous a paru nécessaire pour la clarté de notre étude et d'ailleurs

presque inévitable pour une affection aussi déconcertante par la bizarrerie de ses manifestations.

En somme, nous voudrions essayer de réunir dans une étude d'ensemble toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme dans ses localisations au rachis, en dégager les conclusions pathogéniques, diagnostiques et pronostiques, faire pour les pseudo-spondylites hystéro-traumatiques ce que Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray ont fait pour les spondylites infectieuses dans leur article du Journal médical français (1912).

HISTORIQUE

L'histoire des pseudo-spondylites hystéro-traumatiques serait inséparable de celle de l'hystéro-traumatisme en général. Mais nous n'avons pas l'intention de rappeler tous les travaux écrits sur ce sujet. Signalons cependant qu'Ericksen parla déjà d'hystéro-traumatisme rachidien à propos du railway spine, mais à tort car il décrivait plutôt sous ce nom la commotion médullaire.

Avant que Kümmel et Verneuil, en 1892, décrivent les spondylites traumatiques (maladie de Kümmel), l'hystéro-traumatisme expliquait trop facilement bien des névralgies spinales et aussi bien des gibbosités. Grâce à ces auteurs, on cessa de prendre pour des simulateurs hystériques ou neurasthéniques des blessés qui étaient réellement atteints d'une lésion vertébrale. Les progrès de la radiographie y contribuèrent également beaucoup.

Dans la littérature contemporaine, on ne trouve que quelques articles se rapportant à notre sujet, et il est frappant de voir que les auteurs se sont contentés le plus souvent jusqu'ici de décrire deux symptômes très différents, cela isolément, sans voir la fréquence et la quasi-nécessité de leur réunion.

La rachialgie hystérique fut l'objet de nombreuses études depuis Brodie qui lui a laissé son nom. Citons Audry (1887), Charcot dans ses Leçons du mardi (1888), Kirmisson (1888), Broca (1913). Mais elle fut surtout bien étudiée dans les articles du Dr Aimes (« Progrès médical », 1914 et « Concours médical », 1919) et dans la thèse d'Albergnié (Montpellier, 1914) qui, à propos du pseudo-mal de Pott hystérique, en font ressortir les caractères bien particuliers et signalent l'importance étiologique du traumatisme.

La déformation rachidienne hystéro-traumatique fut d'abord signalée sous la forme de scoliose: Leçons de Charcot, thèses de Landois (Paris, 1889), Vic (Paris, 1892), Roux (Paris, 1897) et Houeix de la Brousse (Bordeaux, 1898). La cyphose hystéro-traumatique ne fut étudiée que plus tard par Moty (Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord, 1901) et surtout par Déléarde (Gazette des hôpitaux, 1902).

Mais la guerre de 1914-1918 devait ouvrir un large champ d'observation aux neurologistes. Bientôt apparaissaient dans nos hôpitaux ces fameux « plicaturés », qui déroutèrent longtemps les plus sagaces, ce qui démontre bien le peu d'intérêt qui avait été précédemment accordé aux localisations rachidiennes de l'hystéro-traumatisme. Et c'est à cette occasion que, dès 1915, furent publiés par Sicard, Souques, Roussy, Vincent, etc., d'excellentes études touchant ce syndrome bizarre qui reçut alors une foule de noms: « plicatures vertébrales », « camptocormies », « camptorachis », « cintrages », etc. Ces auteurs démontrèrent l'existence, parmi ces « plicaturés », de beaucoup d'organiques (spondylites post-traumatiques), mais aussi de beaucoup d'hys-

tériques (pseudo-spondylites hystéro-traumatiques). Et, grâce à eux, la déformation rachidienne obtint son explication pathogénique d'attitude antalgique qui la rattache étroitement à la névralgie spinale de Brodie, rendant désormais impossible la séparation de ces deux symptômes.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie est celle de tout hystéro-traumatisme : un traumatisme accompagné d'un shock nerveux survenant sur un terrain prédisposé à l'hystérie. Nous disons simplement prédisposé, car il est vraisemblable que le terrain importe relativement peu, l'hystérie étant le plus souvent créée de toutes pièces par le traumatisme et la frayeur qui l'accompagne chez des sujets indemnes de tout nervosisme antérieur. C'est ce qui distingue nos pseudo-spondylites hystéro-traumatiques de la névralgie spinale de Brodie non consécutive à un traumatisme, qui survient en général chez des sujets s'étant déjà révélés hystériques par des antécédents très nets. Nous ne trouverons presque jamais chez nos malades d'attaques ou même de crises larvées. Il est évident, cependant, que des hystériques ou des neurasthéniques avérés pourront faire de l'hystéro-traumatisme à localisation rachidienne. Chez ces malades, nous trouverons alors rarement le syndrome névralgique pur. Ils réaliseront le plus souvent le tableau clinique des plicatures en y ajoutant tout un cortège de stigmates hystériques impressionnants : paralysies, attaques, etc., et surtout un psychisme très nettement pithiatiqué.

Le temps n'est plus où l'on faisait de l'hystérie l'apanage exclusif du sexe féminin. Sont exposés à l'hystéro-traumatisme tous les individus exposés au traumatisme accompagné de shock nerveux ; et par suite des risques professionnels, et surtout du fait de la guerre, l'hystérie mâle doit l'emporter sur l'hystérie de la femme. Le tempérament a aussi peu d'importance que le sexe. L'âge et la race n'influent pas davantage. Et si à l'heure actuelle la plupart des cas observés portent sur des hommes de 20 à 40 ans, c'est uniquement par la guerre et par tous les risques qu'elle faisait courir aux jeunes combattants que nous croyons devoir l'expliquer.

Grasset a indiqué que, si le plus souvent le rapport de cause à effet semble chronologiquement très net entre le traumatisme et les manifestations nerveuses, il cesse d'exister entre ces deux éléments au triple point de vue du siège, de la gravité et de la durée des deux ordres de phénomènes. Nous ferons remarquer cependant que nous pouvons avoir des cas où il y aura une véritable « période de méditation », laissant au sujet le temps de préparer son hystérie (Charcot). Et ceci est très important, car nous devons rapprocher cette « période de méditation » du « Frei Intervall » de la maladie de Kümmel au point de vue diagnostic différentiel. Quoique, rarement, la douleur pourra donc apparaître longtemps après l'accident. Mais très fréquemment par contre la déformation rachidienne n'apparaîtra que très tardivement, et c'est encore la période de méditation qui explique en partie ce retard. De plus, avec Charcot et Berbéz, nous croyons bien difficile de ne pas admettre un rapport quelconque entre la localisation du trauma et la localisation des symptômes. Les observateurs signalent en général des chutes sur le dos

d'une hauteur assez considérable, des chutes de cheval, le cavalier restant pris sous sa monture, des chocs brusques sur les lombes ou la région dorsale. Donc, le traumatisme semble toujours intéresser la région rachidienne, sans qu'il puisse être démontré que la douleur maxima et la déformation correspondent au point exact où l'agent provocateur a agi avec le plus de violence. De même, du moins pendant la guerre, les traumatismes, occasion ou cause de l'hystéro-traumatisme rachidien, semblent être à peu près tous considérables (éboulements, chutes ou projections par explosion d'obus, grosses contusions), sans que nous puissions affirmer l'existence d'un rapport exact entre la gravité de l'accident et la gravité ou la durée des phénomènes nerveux qu'il entraîne.

L'importance étiologique du traumatisme ne diminue pas celle du second élément, le shock nerveux, toujours évident, que nous définirons avec Guinon « l'état dans lequel se trouve un individu qui vient d'être victime d'un traumatisme ou d'une secousse matérielle quelconque plus ou moins violente mais s'accompagnant toujours d'émotion vive ».

C'est par l'auto-suggestion provoquée par l'émotion violente qui accompagne l'accident que doit s'expliquer l'apparition des premiers symptômes douloureux. C'est cette même auto-suggestion qui explique les autres symptômes, soit qu'il s'agisse de stigmates hystériques purs, tels que la paralysie, soit qu'il s'agisse de la déformation rachidienne. Celle-ci peut, en effet, apparaître dès le début, déterminée par la douleur. Quelle que soit la date de son apparition, c'est toujours pour calmer cette douleur que l'homme déforme instinctivement son tronc, l'immobilisant le plus souvent en

flexion. Ainsi que le dit Souques, il est naturel que dans la phase initiale, tant qu'il souffre vivement, le patient garde une attitude de flexion et évite tout mouvement, toute tentative d'extension qui exagérerait la souffrance. La camptocormie peut persister longtemps après l'atténuation ou la disparition de la douleur. C'est alors l'auto-suggestion pure et simple qui explique la contracture musculaire et le maintien de l'attitude vicieuse, le blessé ayant eu pendant la phase douloureuse le temps de méditer son hystérie. Et ainsi la déformation rachidienne ne nous apparaît plus que comme une attitude d'habitude, une attitude antalgique produite par l'algophobie, à part les cas toujours possibles où la simulation en est la cause complète ou incomplète sous la forme de persistance ou d'exagération.

Une question délicate peut se poser ici : c'est l'union de l'hystérie avec des lésions réelles pour en retarder la guérison ou en exagérer les symptômes. Grasset a mis en relief l'association fréquente de l'hystérie avec les diathèses rhumatismale et bacillaire en particulier. Certains auteurs ont essayé d'expliquer par le pithiatisme les troubles fonctionnels tardifs survenant après la maladie de Kümmel. Plus récemment Chiray et Roger ont qualifié de camptocormies hystériques les déformations rachidiennes consécutives aux spondylites typhiques. Léri, par contre, a voulu faire des plicatures une forme de lumbarthrie ou rhumatisme lombaire chronique. Il est sans aucun doute des cas très nets où existe une lésion organique. L'hystérie ne fait alors qu'ajouter ses troubles fonctionnels à des symptômes lésionnels de nature chirurgicale (traumatique) ou médicale (tuberculeuse, syphilitique, rhumatismale, typhique

ou paratyphique, etc.). Mais la présence de cette épine organique ne peut s'appliquer à tous les cas. L'absence de toute lésion est montrée d'une façon irréfutable pour la plupart des malades par la radiographie et l'examen du liquide céphalo-rachidien. Le caractère hystéro-traumatique s'affirme pur dans ces cas par la possibilité d'une guérison rapide, totale et définitive par les seules ressources de la psychothérapie.

SYMPTOMATOLOGIE

« L'hystérie, disait Sydenham, est un véritable Protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon. » L'hystéro-traumatisme dans ses localisations au rachis ne manque pas à cette règle. Le tableau clinique, dans quelques cas, pourra être des plus chargés, très complet, simulant de graves affections rachidiennes avec déformations et troubles sensitivo-moteurs. Parfois au contraire des plus incomplets, il se bornera à un symptôme banal entre tous, la rachialgie. C'est là, d'ailleurs, le seul symptôme constant, du moins au début. Secondairement cette douleur peut entraîner une attitude particulière destinée à lutter contre elle ; et, la suggestion aidant, une déformation rachidienne peut survenir. Mais en dehors de cette rachialgie, que nous appelons « névralgie spinale de Brodie », et de ses conséquences directes (attitude vicieuse et déformation), tous les autres symptômes (paralysies, tremblements, contractures musculaires éloignées, anesthésies ou hyperesthésies) ne sont que les stigmates habituels de l'hystérie, et, comme nous avons affaire ici à un hystéro-traumatisme localisé, il n'y a rien de surprenant à ce que nous ne les trouvions que rarement tous réunis.

I. La névralgie spinale de Brodie

Elle n'est que l'exagération de la rachialgie hystérique banale, connue depuis bien longtemps. Son importance a été mise en relief par le D^r Aimes qui en a souligné les caractères assez nets parfois pour trancher le diagnostic.

La localisation de cette rachialgie, nous l'avons dit, est souvent en relation avec la localisation de l'action du traumatisme. Nous avons essayé de rapprocher ces points douloureux des zones hystérogènes rachidiennes ou para-rachidiennes de Richer. Trois zones sont décrites par cet auteur : une dorsale supérieure au niveau de la 7^e cervicale et de la 1^{re} dorsale, une dorsale inférieure au niveau des trois dernières dorsales, et une latérale postérieure sur une ligne verticale abaissée de l'épine de l'omoplate en face de la 10^e dorsale. Dans plusieurs de nos observations, spontanée ou provoquée, la douleur siège bien au voisinage de ces trois zones, mais sans que nous puissions en tirer quelques conclusions, vu le peu de cas examinés.

L'apparition de la douleur coïncide en général avec le traumatisme ou lui succède immédiatement. Dans des cas très rares, peut-être une période de méditation peut-elle s'interposer et la douleur n'apparaître que tardivement.

Spontanée, la douleur peut être constante ou plus souvent survenir par crises, avoir des paroxysmes provoqués par les mouvements ou le contact des vêtements. On a prétendu qu'elle était parfois sourde, profonde, térébrante. Presque toujours, au contraire, elle nous est

apparue superficielle, à fleur de peau, comparée par le malade à une brûlure, très variable et en général fort capricieuse dans ses manifestations, son intensité et son siège. Elle n'est que très rarement limitée à une vertèbre, elle s'étend en général à plusieurs vertèbres, souvent en divers points du rachis, et elle peut d'ailleurs disparaître un jour d'un endroit pour apparaître en un autre et revenir le lendemain au premier.

La douleur provoquée sera recherchée par la palpation, la pression et la percussion. Or, ce qui montre bien que nous n'avons ici qu'une hyperesthésie hystérique, c'est que, à l'inverse de ce qui est observé dans toutes les spondylites vraies, la simple palpation est plus douloureuse que les autres modes plus violents d'exploration. Le simple frôlement de la peau avec un pinceau suffira souvent pour réveiller la douleur, et cette douleur sera plus violente encore que la douleur spontanée ; elle peut arracher des cris au malade et celui-ci se livre à une mimique éloquente : grimaces, contorsions, frissons, angoisse, mouvements de défense caractéristiques que l'on ne peut mieux comparer qu'à une exagération de ceux produits par le chatouillement chez un sujet un peu nerveux. La douleur peut être si forte que, si on l'essaye de palper ensuite le malade avec la pulpe des doigts ou la paume de la main, il criera souvent avant même qu'on l'ait touché. Les douleurs provoquées ainsi ne siègent pas en général sur la ligne des apophyses épineuses ; les gouttières vertébrales et les régions avoisinantes sont également hyperesthésiées et, selon une loi chère à l'hystérie, c'est en général à gauche que les symptômes prédominent. La pression et la percussion au même point sont douloureuses, mais les douleurs ne varient pas en raison directe de la force de

la pression et de la violence de la percussion. Briquet l'avait déjà signalé pour la rachialgie hystérique. En général, la pression et la percussion des apophyses épineuses n'amènent pas de douleur très vive. Il est donc à remarquer spécialement que les douleurs aussi bien spontanées que provoquées n'ont pas le même siège que dans les lésions organiques du rachis. Ici les masses musculaires sont en général plus sensibles que les apophyses épineuses, et cela est d'une très grande importance pour le diagnostic différentiel, surtout avec le mal de Pott.

Ces douleurs s'irradient et avec une préférence marquée pour le côté gauche. Elles peuvent s'étendre au thorax ou à l'abdomen et revêtir alors les formes les plus variées : épigastralgie, douleurs fulgurantes, etc...

A moins que la maladie n'évolue sur un terrain déjà nettement hystérique, l'examen du rachis ne provoque ni aura, ni crise vraie.

Les mouvements du tronc peuvent être douloureux mais moins que le simple attouchement ou la pression légère.

Le signe de Wenke, si net dans le mal de Pott, n'existe pas ici : la pression forte sur la tête ou les épaules n'amène pas en général de douleurs, à condition cependant de détourner l'attention du sujet et de ne pas y mettre trop de violence, car toute manœuvre qui frappera l'imagination de l'hystérique lui paraîtra douloureuse.

II. L'attitude

L'attitude du malade est commandée par la douleur. Dans certains cas, elle revêt d'emblée le caractère de déformation rachidienne. Les « plicaturés » le sont le plus souvent d'emblée, immédiatement après l'accident. Le malade est alors courbé plus ou moins fortement, le tronc se pliant presque à angle droit sur le bassin.

Mais d'ordinaire l'attitude du malade traduit simplement le besoin d'éviter la douleur par une immobilisation presque complète de son rachis, soit en rectitude, soit en flexion modérée.

Le rachis conserve cependant, au début du moins, une certaine souplesse, que l'on met en évidence en faisant courber le malade ou au contraire en le faisant coucher en extension sur un plan résistant. Ces mouvements quoique douloureux sont encore possibles et, si parfois dans les plicatures l'extension du tronc est difficilement réalisable, du moins les mouvements d'hyperflexion ou de latéralité restent-ils normaux ou à peu près. Si on lui fait ramasser un objet à ses pieds, le sujet ne sera pas en général obligé de s'accroupir en fléchissant les genoux comme un pottique. Il est d'ailleurs absolument nécessaire, pour se livrer à cet examen, de détourner l'attention du malade et dans ce but de ne lui faire exécuter que des mouvements très naturels.

Ces attitudes du début sont donc des attitudes antalgiques. Elles vont devenir à la longue attitudes d'habitude et arriver à la déformation rachidienne.

III. La déformation rachidienne (1)

Elle est due à l'habitude qu'a contractée le malade de conserver son attitude antalgique. Le plus souvent, par auto-suggestion, il se produit en effet une contracture de certains muscles, contracture quasi permanente qui ne cédera que pendant le sommeil profond ou le sommeil anesthésique ; et à chaque groupe musculaire atteint par la contracture correspondra une déformation spéciale. La contracture des psoas a été maintes fois signalée : c'est elle qui provoque la plicature ou une cyphose de moindre étendue. La contracture des masses lombaires d'un seul côté déterminera de même une scoliose. Jamais il n'a été observé de lordose.

Ces déformations portent presque toujours sur la région lombaire, quelquefois sur la région dorsale. Nous n'avons trouvé aucun cas de localisation cervicale.

Elles peuvent se ramener à trois formes :

1° La scoliose, rarement pure, le plus souvent compliquée d'un certain degré de cyphose ;

2° La cyphose ;

3° La plicature qui n'est que l'exagération d'une cyphose lombaire.

Ces déformations fonctionnelles ont toutes pour caractère d'être à grand rayon, ce qui les différencie des

(1) Le terme de déformation rachidienne est impropre. Nous ne voulons désigner par ce mot que l'exagération et la fixation d'une attitude vicieuse. Ce n'est qu'une déformation fonctionnelle physiologique, car elle ne correspond à aucune modification anatomique du rachis.

déformations organiques qui sont en général à petit rayon et présentent à leur sommet un angle saillant.

A la suite de ces déformations, on peut constater certaines variations morphologiques portant sur les parties molles : disparition des plis cutanés de la face postérieure du tronc, exagération des plis de la face antérieure, mais ces variations sont purement physiologiques, absolument comparables à celles obtenues par la flexion chez un sujet normal et aucun trouble trophique ne vient les compliquer.

Enfin un symptôme différentiel assez intéressant a été signalé par Sicard, c'est l'extension de la tête. « Tandis qu'un sujet normal qui fléchit le tronc, dès que la flexion atteint un certain degré, fléchit en même temps la tête, regarde le sol et augmente la longueur de sa nuque, la 7^e cervicale accusant sa proéminence, les camptocormiques étendent la tête, regardent en avant et raccourcissent ainsi leur nuque qui dessine plusieurs sillons transversaux pendant que la proéminente s'efface. Cette extension de la tête est instinctive chez eux, nécessitée par le besoin qu'a le patient d'agrandir son champ visuel, c'est-à-dire de voir loin devant lui afin de se diriger facilement. »

Mais ce qui différencie surtout la déformation hystérique, c'est l'intégrité anatomique du rachis, et la possibilité de la guérison par la seule psychothérapie.

*
* *

Les autres symptômes qui ont été attribués à l'hystéro-traumatisme rachidien ne nous paraissent être en défini-

tive que des stigmates de l'hystérie. Ils sont très-nombreux et de valeur très-diverse. Certains, par exemple, peuvent parfois prétendre à la première place, au point de vue clinique et pronostique : c'est le cas des paralysies.

Nous pouvons trouver comme stigmates de l'hystérie :

1° Des troubles de la motilité (attaques, paralysies, tremblements, contractures, modifications des réflexes) ;

2° Des troubles de la sensibilité (hyperesthésies et anesthésies éloignées, cutanées ou muqueuses, œil hystérique, etc.) ;

3° Un psychisme particulier.

I. Stigmates moteurs

Nous devons rechercher dans les antécédents du malade les *attaques* de grande ou de petite hystérie. En questionnant adroitement le sujet, on pourra peut-être parvenir à lui faire préciser certaines sensations (boule œsophagienne, scotome scintillant, etc.) qui peuvent être interprétées comme de véritables auras de crises avortées. On recherchera systématiquement les zones hystérogènes ; on n'oubliera pas que la zone d'hyperesthésie rachidienne peut constituer l'une d'elles. Mais, nous l'avons déjà dit, nous ne trouverons cette particularité que chez les sujets nettement hystériques avant le traumatisme originel.

Les *paralysies* sont un autre stigmate très important, d'ailleurs assez rarement observé. Elles sont nettement hystériques, n'ayant aucun substratum anatomique. L'impotence complète à laquelle elles condamnent le malade leur donne évidemment une grande importance ;

mais cependant elles ne constituent qu'un stigmate, aussi banal que la simple anesthésie pharyngée. Leur localisation n'est pas en effet en relation avec le siège de la douleur qui pourrait les faire rattacher à une lésion d'un segment médullaire paraissant intéressé par le traumatisme. Elles apparaissent donc comme un symptôme simplement concomitant mais ne dépendant pas des troubles rachidiens fonctionnels. Pour le diagnostic, elles présentent cet intérêt particulier de compléter la simulation d'un mal de Pott ou de toute autre lésion rachidienne ou médullaire. D'ailleurs le plus souvent les caractères particuliers de ces paralysies faciliteront le diagnostic. De début ordinairement brusque, sans période prémonitoire, elles apparaissent presque immédiatement après le traumatisme. Elles sont essentiellement mobiles, pouvant changer de siège du jour au lendemain, disparaissant et reparaissant sans règles fixes. Spasmodiques, parfois flasques au contraire, ce peuvent être des monoplégies, des paraplégies, des hémip légies, des tétraplégies. Le décubitus horizontal et les autres traitements institués en général contre les paralysies des pottiques n'ont sur celles-ci aucune action. Par contre une cause banale, d'ordre moral en général, la suggestion, peut agir sur elles pour les modifier ou les supprimer.

Les *tremblements*, de même que les paralysies, sont rares dans les formes simples ; mais ils s'observent très couramment chez les grands plicaturés psychonévrosiques. C'est le symptôme hystérique que nous avons constaté comme le plus fréquent dans les observations du Centre neurologique de la XVI^e Région. Ils revêtent une allure nettement hystérique et sont le plus souvent localisés aux membres inférieurs. Désordonnés, arythmi-

ques, provoqués par la marche, les essais de redressement du tronc, exagérés ou modifiés par les causes les plus bizarres, ils constituent en général une véritable trémulation.

Les *contractures musculaires* limitées et éloignées constituent un autre symptôme, signalé pour la première fois par le Dr Aimes dans la névralgie spinale de Brodie. Elles peuvent siéger dans les points les plus variés, en général au niveau des membres inférieurs. Chez un de nos malades, nous avons pu observer une contracture très nette des faisceaux externes du grand dorsal gauche, tumeur dure et indolore, animée de contractions partielles qui en faisaient varier la forme sous la main. Elles peuvent ne pas être constantes et n'apparaître que par intervalles. La contracture des muscles des gouttières vertébrales, à des degrés divers, est constante ; mais, sous la dépendance directe de la rachialgie, elle ne présente pas, au point de vue du diagnostic de l'hystérie, l'intérêt des contractures éloignées.

Enfin, l'étude des *réflexes* tendineux et musculaires, restés normaux en général, marque l'absence de toute lésion névritique ou médullaire. Les *troubles des réservoirs* sont ici très rares, beaucoup plus que dans le mal de Pott, quoi qu'en ait dit Albergnié.

II. Stigmates sensitifs

Ils sont bien moins fréquents dans toute forme d'hystéro-traumatisme que dans l'hystérie simple.

Les *zones d'anesthésie et d'hyperesthésie* cutanées

devront cependant être recherchées systématiquement. Le plus souvent elles manqueront complètement. Lorsqu'on les trouvera, leurs caractères particuliers serviront à confirmer le diagnostic, surtout leur topographie segmentaire et sa non-concordance avec la topographie médullaire.

L'*anesthésie des muqueuses* pharyngée, cornéenne, etc., est beaucoup plus fréquente.

Il ne faudra jamais oublier de faire l'examen de l'*œil hystérique*. On observe en général de la dyschromatopsie, portant surtout sur le violet ou sur le vert, et plus souvent encore un rétrécissement du champ visuel concentrique et variant parfois d'un jour à l'autre.

Le malade peut accuser aussi des bourdonnements et des sifflements d'oreille. Il est parfois possible d'observer du dermographisme.

III. Stigmates psychiques

Il n'est pas un seul cas d'hystérie qui, à quelque degré, ne s'accompagne d'une atteinte du psychisme. C'est cet état psychique qui fera le pronostic de nos pseudo-spondylites hystéro-traumatiques.

Nous pourrions, à ce point de vue, observer trois formes très différentes.

1° La *forme hystérique pure* où l'on retrouve quelques stigmates et où l'état mental, peu altéré, n'est caractérisé que par un peu d'irritabilité, de la suggestibilité et un rétrécissement du champ de la conscience avec une tendance à mentir et à exagérer.

2° La *forme neurasthénique* plus grave et plus nette-

ment caractérisée par une inquiétude et une anxiété perpétuelles. On observe de la céphalée, de l'insomnie, des cauchemars, une diminution de la mémoire et de l'intelligence.

3° La *forme névrose traumatique vraie** ou hystéro-neurasthénique, caractérisée par l'association des deux psychismes hystérique et neurasthénique. C'est là la forme de beaucoup la plus grave. L'état mental retentit vite sur l'état physique. L'anorexie amène bientôt de l'amaigrissement, des troubles gastro-intestinaux et peu à peu le malade tend à la cachexie.

Enfin, on a voulu faire une quatrième forme que l'on a appelé *sinistrose*, caractérisée presque uniquement par le souci du malade de se voir octroyer une indemnité la plus forte possible, la guérison n'étant avouée par lui qu'après le gain de son procès. Mais en général l'hystérie fait place ici à la simulation complète.

OBSERVATIONS ET FORMES CLINIQUES

OBSERVATION I

(Personnelle. — Inédite.)

Néuralgie spinale de Brodie d'origine hystéro-traumatique

A..., 19 ans, armée maritime.

Antécédents héréditaires et personnels : néant.

Entré à l'hôpital marin de Palavas, le 5 septembre 1919, avec le diagnostic de mal de Pott cervico-dorsal.

Le 6 mai 1919, fait une chute de 7 mètres, du haut d'une soute à charbon, et ressent immédiatement une violente douleur entre les omoplates assez nettement localisée au rachis. Depuis ce jour il n'a pas cessé de souffrir. Soigné à l'infirmerie du bord par des massages et le repos dans la position horizontale. Un certificat d'origine de blessure fait par le médecin du navire porte : « Violente contusion de la région dorsale avec douleurs vives au niveau des apophyses épineuses des 6^e, 7^e et 8^e vertèbres dorsales; les mouvements de flexion et d'ex-

tension du tronc, ainsi que les mouvements de latéralité, restent possibles mais sont douloureux. »

A la suite d'un accident survenu à bord, tout l'équipage est envoyé en permission. Resté au lit jusqu'à ce jour, le malade part, mais aussitôt arrivé chez lui doit se faire hospitaliser (18 juillet). Malgré une radiographie négative faite le 27 avril et démontrant l'intégrité complète du rachis, le diagnostic de mal de Pott cervico-dorsal est porté, et on propose A... pour une cure marine à l'hôpital de Palayas.

A l'arrivée, le malade se présente sans corset, en très bonne attitude, sans la moindre déviation du rachis, la marche étant normale. A l'inspection on constate que les muscles des gouttières vertébrales forment dans la région dorsale une saillie très nette des deux côtés, mais surtout à gauche, creusant un sillon médian d'une profondeur anormale.

Le sujet accuse une douleur spontanée constante et profonde, étendue à toute la colonne vertébrale, mais surtout accusée dans la région interscapulaire, accrue par la position debout prolongée, par les faux pas, par les mouvements d'inclinaison et de torsion du tronc. Cette douleur s'irradie à gauche au-dessous de l'omoplate et dans la région lombaire.

La simple application de la main à plat sur la région interscapulaire fait sursauter le malade. Un frôlement très léger avec l'extrémité du doigt à ce niveau sur la ligne des apophyses épineuses réveille la douleur. Le pincement de la peau est particulièrement douloureux. Sur les côtés du rachis, on sent la contracture très nette des muscles surtout à gauche ; le frôlement et le pincement de la peau dans cette région est plus douloureux que sur la ligne médiane. La pression des diverses

apophyses épineuses montre une douleur légère au niveau de la 3^e et de la 7^e dorsale, mais la pression superficielle est moins bien supportée que la pression forte et même que la percussion violente. La pression et la percussion des muscles voisins sont douloureuses.

On ne constate à aucun niveau de déviation ni angulaire ni arrondie du rachis, dans aucun sens. Pas de saillie anormale d'apophyses épineuses.

Le rachis est assez souple : le malade ramasse facilement avec l'une ou l'autre main un objet placé à terre, sans plier les genoux et en gardant les pieds joints; dans ces mouvements, les divers segments de la colonne vertébrale jouent l'un sur l'autre très normalement. Cependant le malade prétend ressentir pendant ces mouvements ainsi que dans ceux de latéralité une vague douleur dans la région dorsale.

La pression sur les deux épaules (signe de Wenke) n'est pas douloureuse et n'accuse pas de mouvements de défense, comme le pincement ou le frôlement de la peau.

L'examen général montre une intégrité parfaite de tous les divers appareils. Nulle part on ne trouve trace d'abcès par congestion. Abolition complète du réflexe pharyngien : une longue spatule enfoncée dans l'arrière-gorge est parfaitement tolérée par le malade qui l'y conserve longuement sans le moindre réflexe nauséeux. Les réflexes cornéens sont diminués. Le champ visuel est nettement rétréci concentriquement. Réflexes tendineux normaux. Etat général excellent, n'ayant nullement périclité depuis le traumatisme.

Le diagnostic d'hystéro-traumatisme est porté, après qu'une seconde radiographie se fut montrée aussi concluante que la première.

On ne prononce pas le mot d'hystérie devant le malade, mais on lui promet une évolution favorable et très rapide, étant donné la bénignité des symptômes constatés. Il n'est guère possible de faire dans un hôpital de tuberculose chirurgicale de la psychothérapie, seul traitement indiqué ici. Cependant nous préférons garder le malade en observation pour reviser s'il y a lieu le diagnostic. Pour éviter l'effet désastreux que pourrait avoir sur son moral la vue de véritables pottiques, le malade est mis avec des tuberculeux externes légers (adénites, etc.) et une grande liberté lui est laissée. De bons conseils, le grand air et le soleil feront le reste.

Au cours des très nombreux examens pratiqués ensuite, on remarque une certaine variation dans la localisation et l'intensité de l'hyperesthésie. D'ailleurs les douleurs spontanées diminuent rapidement et les mouvements deviennent presque indolores, alors que pendant longtemps la sensibilité au frôlement et au pincement de la peau reste aussi nette.

Une troisième radiographie faite à la fin du mois de novembre 1919 montre une fois de plus l'intégrité parfaite du rachis.

Le malade guéri ne présente plus actuellement qu'une hyperesthésie dorsale très limitée et relative, fort compatible avec la vie normale et même avec le service militaire que le jeune marin va reprendre sans tarder.

OBSERVATION II

(Personnelle. — Inédite)

Cypho-scoliose hystéro-traumatique

L..., 20 ans.

Entré à l'hôpital de Palavas, le 23 juin 1919 avec diagnostic de mal de Pott consécutif à un traumatisme.

Aucun antécédent ni personnel, ni héréditaire.

Cavalier au front depuis le 12 janvier 1918.

Le 18 octobre 1918, son cheval ayant été tué par une balle, il tombe et reste pris sous sa monture. Se plaint alors de vives douleurs dans la région lombaire. Il est soigné pendant trois jours à l'infirmerie régimentaire ; mais il ne peut reprendre entièrement son service, car il ne peut monter à cheval que difficilement. Hospitalisé durant une permission en mars 1919 pour angine banale et douleurs lombaires.

On constate le 24 mars des douleurs vives à la pression de l'articulation sacro-iliaque gauche et des vertèbres sacro-lombaires. On pense à une entorse sacro-lombaire.

Le 14 mai on constate une cyphose à courbure de grand rayon de la région dorsale, le sommet de la convexité correspondant à la 9^e apophyse épineuse dorsale ; douleur à la pression des dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires. Dans le décubitus dorsal on note une ensellure lombaire qui n'est qu'une cour-

bure de compensation de la cyphose sus-jacente. Le malade est traité comme un pottique, mis en corset plâtré et dirigé ensuite sur Palavas.

Là, le malade fait de l'héliothérapie et de la cure marine jusqu'à ce que, son corset étant en mauvais état, on le lui enlève pour lui en refaire un second ; et à cette occasion, le 23 avril 1919, on pratique un nouvel examen approfondi.

Le malade accuse des douleurs spontanées, assez discrètes, ayant progressivement diminué depuis l'accident, surtout localisées à la région lombaire. La palpation légère est douloureuse au niveau des masses musculaires dorso-lombaires gauches, provoquant des irradiations fort pénibles vers le mamelon gauche. L'exploration des apophyses épineuses par la pression et la percussion est à peine douloureuse. On constate à ce niveau une gibbosité à courbure de grand rayon, sans saillie angulaire, compliquée d'une légère scoliose gauche et d'une ensellure lombaire de compensation. Tout le rachis est raide, immobilisé par une contracture étendue à tous les muscles des gouttières. Dans la position horizontale la cyphose diminue mais persiste à un certain degré. Les réflexes sont normaux. L'état général a toujours été excellent. Aucune trace d'abcès froid. La radiographie pratiquée à plusieurs reprises a toujours montré une intégrité parfaite de tout le rachis. Wassermann négatif.

Au cours de l'examen du sujet on note une hypoesthésie cornéenne bilatérale et une anesthésie pharyngée très marquée.

Devant un tel tableau clinique, on diffère l'application d'un nouveau corset plâtré. Le malade, qui est d'ailleurs animé des meilleures intentions, est complètement ras-

suré sur son avenir. On lui promet une guérison rapide et son moral s'en améliore sensiblement. L'exercice, une gymnastique méthodique, le grand air lui sont ordonnés.

De nouveaux examens cliniques et radiographiques confirment ultérieurement le diagnostic de pseudo-spondylite hystéro-traumatique.

En effet, les symptômes s'améliorent progressivement par cette seule suggestion orale, et le malade peut quitter Palavas complètement soulagé de ses douleurs et ne présentant plus qu'un léger dos rond, car la gibbosité, loin de s'aggraver depuis la suppression du corset, a disparu presque complètement et le rachis a retrouvé toute sa souplesse.

OBSERVATION III

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. le professeur Rimbaud)

Camptocormie hystéro-traumatique chez un psychonévrosé trémulant

L..., 33 ans.

Originaire de la Martinique, entre à l'hôpital 44 (Centre neurologique de la XVI^e Région), le 3 octobre 1916.

Mobilisé comme artilleur en juillet 1915. En avril 1916, fait une chute de cheval en Algérie. Part sur le front en août 1916. Après une quinzaine de jours de campagne est évacué pour impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

A son entrée, le malade prétend qu'il a toujours

souffert de ses membres inférieurs et de la région lombaire, depuis sa chute de cheval.

Il accuse en ce moment des douleurs dans tout le rachis et principalement dans les lombes où il prétend avoir l'impression que « quelque chose est cassé ». La station debout exagérerait ces douleurs. Il souffre à la pression de toute la région dorso-lombaire et accuse des irradiations très pénibles dans l'épigastre et aux membres inférieurs.

Il se présente, très fléchi, courbé en deux par flexion de sa colonne vertébrale sur le bassin ; il marche à petits pas, les genoux à demi fléchis, s'appuyant sur une canne et ne soulevant ses pieds qu'avec difficulté ; ses jambes présentent une trémulation très prononcée.

Couché sur le ventre, il ne repose que sur les genoux et sur les bras, et au moindre essai d'extension il est pris de violents tremblements et de soubresauts qui le font se jeter hors du lit ; il est pris alors d'une violente angoisse, de sueurs profuses et de douleurs très aiguës dans les régions lombaire et épigastrique. Ces mêmes phénomènes se reproduisent lorsque dans la station verticale contre un plan résistant on essaie de réaliser une extension que l'on obtient d'ailleurs sans grande difficulté.

On observe aux divers mouvements une parésie nette des membres inférieurs, sans atrophie musculaire ; mais le malade assure lui-même qu'il y a de ce côté une amélioration nette depuis son évacuation. A tous les essais de mouvements des membres inférieurs ou du rachis, se reproduit une trémulation très nette. Les réflexes musculaires, tendineux ou cutanés sont normaux.

Mais le malade présente un psychisme très particulier, grande naïveté, impressionnabilité extrême, timi-

dité, tendance à l'hypocondrie, insomnie et céphalalgie neurasthéniques. La radiographie ne montre rien dans toute l'étendue du rachis.

L'absence de toute lésion osseuse ou nerveuse paraît certaine, et on porte le diagnostic de camptocormie antalgique d'origine hystéro-traumatique, accompagnée de troubles moteurs des membres inférieurs.

Après quelques mois de physiopsychothérapie, électricité, mécanothérapie, hydrothérapie, etc., les symptômes physiques s'améliorent sensiblement, mais on ne peut réussir à agir sur le psychisme; l'hypocondrie, les phobies, l'insomnie, la céphalalgie persistent, compliquées d'anorexie et d'amaigrissement.

Il est probable que, chez ce débile mental, tout ce qu'il a vu depuis son départ du pays natal a agi comme agent de démoralisation : discipline du régiment, quinze jours de campagne dans l'artillerie et surtout probablement les divers traitements électriques : le malade est en effet très impressionné par les préparatifs des diverses séances d'examen ou de traitement ; il s'inquiète même à ce sujet d'un lavement donné à son voisin !!

Au bout de quinze mois, le malade, par application d'ordres ministériels, est dirigé sur Cannes, très amélioré quant à ses douleurs et sa camptocormie, guéri de ses paralysies et de ses tremblements, mais toujours nettement neurasthénique.

Nous n'avons pu savoir ce qu'il était devenu par la suite ; mais il est probable que ce malade était encore susceptible d'une plus grande amélioration par la psychothérapie pure et non plus par la physiopsychothérapie qui a pu agir efficacement sur ses symptômes locaux mais qui impressionnait trop vivement son imagination.

Des trois cas rapportés ici, les deux premiers ont été observés par nous-même à l'hôpital marin de Palavas. Le troisième a été choisi par nous parmi les nombreuses observations de plicatures du Centre neurologique de la XVI^e Région que M. le professeur Rimbaud a bien voulu avoir l'obligeance de nous communiquer. Nous l'avons choisi comme étant le plus démonstratif et aussi le plus différent des deux premiers.

L'étude de ces trois cas si peu semblables nous permet d'essayer une classification clinique des diverses formes de pseudo-spondylites hystéro-traumatiques.

Nous croyons pouvoir décrire ainsi trois formes cliniques différentes :

1^o La **névralgie spinale hystéro-traumatique** (Observation I). On ne constate ici que de la rachialgie, sans déformation rachidienne, l'attitude antalgique se bornant à une immobilisation plus ou moins complète du tronc ; seuls les caractères spéciaux de la douleur et quelques stigmates hystériques rares permettent de porter le diagnostic d'hystéro-traumatisme. Le psychisme est peu altéré, et il s'ensuit un pronostic favorable, pourvu qu'un traitement psychothérapique soit rapidement appliqué. La seule suggestion orale suffira en général.

2^o La **cypho-scoliose hystéro-traumatique** (Observation II). Ici la douleur persiste en général. Mais elle peut diminuer ou même disparaître après avoir créé une attitude antalgique permanente aboutissant à une déformation, scoliose ou cyphose, le plus souvent cypho-scoliose. Et cette forme n'est en général que la

suite de la première, soit parce que la thérapeutique a échoué, soit plus souvent parce que des erreurs de diagnostic ont laissé l'hystérie s'aggraver à la longue. Mais, dans cette forme encore, le psychisme est relativement peu atteint et le pronostic assez favorable.

3° La **plicature ou camptocormie hystéro-traumatique** (Observation III). Elle est caractérisée par une aggravation de tous les symptômes. La plicature n'est que l'exagération d'une cyphose qui, par sa localisation lombaire, donne au sujet son allure si spéciale. Le psychisme est ici gravement atteint en général. Hystérie et neurasthénie s'associent fréquemment ; les troubles moteurs, paralysies et tremblements, sont presque de règle. Et cependant la gravité de cette forme ne tient qu'à son ancienneté. Lorsque apparue d'emblée, immédiatement après l'accident, la plicature est aussitôt traitée par la psychothérapie, elle est susceptible de guérison complète. C'est ainsi que l'on a pu, pendant la guerre, dans les centres neurologiques de l'avant, guérir en quelques semaines la grande majorité des camptocormiques. Mais ceux d'entre eux qui, après avoir trainé longtemps de formations en formations, arrivaient à l'intérieur, présentaient en général des symptômes très graves et un état mental contre lequel échouait toute thérapeutique. Il en est de même pour ceux chez qui la plicature n'apparaissait que tardivement, longuement méditée et préparée ; cela dénotait en général une débilité mentale qui constituait pour l'hystérie un terrain de choix.

DIAGNOSTIC

« L'affection hystérique, disait Sydenham, imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain. Quand j'ai bien examiné une malade, que je ne trouve en elle rien qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est prise comme une hystérie. » Il est évident que, dans ses localisations rachidiennes, l'hystérie post-traumatique ne manque pas à ses habitudes de « grande simulatrice ». Et c'est ce qui en rend le diagnostic particulièrement difficile. Il faut, pour tous les cas, suivre le conseil d'Oppenheim : « Avant de s'arrêter au diagnostic d'hystérie, il faut éliminer toutes les autres maladies. » Le diagnostic différentiel doit passer ici avant le diagnostic positif. Ce principe est d'ailleurs si bien appliqué en règle générale que les erreurs s'accumulent sur chaque cas avant que le médecin pense à invoquer le pithiatisme ! Ce qui ajoute encore à la difficulté de notre diagnostic, c'est que le traumatisme est également la principale cause invoquée dans la production de presque toutes les affections rachidiennes.

Nous étudierons successivement :

1° Le diagnostic différentiel des pseudo-spondylites, hystéro-traumatiques avec les diverses maladies qui peu-

vent présenter certains symptômes communs sans qu'il y ait lésion du rachis, des méninges ou de la moelle ;

2° Le diagnostic différentiel avec les lésions organiques du rachis ;

3° Le diagnostic avec les maladies de la moelle et des méninges :

4° Le diagnostic positif d'hystérie ;

5° Le diagnostic avec la simulation.

1. Diagnostic différentiel avec quelques maladies ne s'accompagnant pas de lésions du rachis, des méninges ou de la moelle.

La présence d'un traumatisme initial suffit pour éliminer les rachialgies des maladies générales : variole, fièvre typhoïde, typhus, intoxications, etc. Elle écarte également l'idée de névralgie intercostale (on constaterait d'ailleurs l'absence des points de Valleix et les irradiations caractéristiques) et la pleurodynie (dyspnée, signes de pleurite à l'auscultation, douleurs accrues par la toux et les mouvements respiratoires forcés).

Les traumatismes simples avec ou sans lésions des parties molles ne pourront pas en général prêter à confusion. Seul le lumbago post-traumatique est de quelque intérêt ; c'est le diagnostic qui sera provisoirement porté pendant les premiers jours. Mais l'évolution en est très rapide, les mouvements du rachis, quoique douloureux, ne seront pas abolis comme dans la plicature ; le contact et la pression, loin d'exagérer la douleur, la calment parfois ; la seule attitude du malade, qui portera souvent ses mains à ses lombes pour les soutenir et les

comprimer dans le but d'apaiser sa souffrance, suffit à éliminer le diagnostic de rachialgie hystérique.

Citons pour mémoire le tétanos avec emprosthotonos : la fièvre, le trismus, la présence d'une plaie infectée sont-ils compatibles un seul instant avec le diagnostic d'hystérie traumatique ?

Il faudra toujours penser à une maladie qui peut amener un semblant de camptocormie, par la flexion des membres inférieurs sur le bassin : c'est le psôitis qui peut être post-traumatique. Mais ici la position verticale est presque toujours impossible et d'ailleurs la suppuration apparaît bientôt soit aux lombes, soit à la région inguino-crurale, avec son cortège habituel de symptômes généraux : fièvre à grandes oscillations, frissons, troubles gastro-intestinaux.

II. Diagnostic différentiel avec les maladies du rachis.

Nous étudierons tout d'abord le diagnostic des spondylites organiques et des spondylites hystériques. Ce n'est qu'après avoir insisté sur les principaux signes différentiels généraux applicables à toutes les lésions rachidiennes que nous étudierons plus brièvement le diagnostic différentiel avec les diverses maladies.

1^o Spondylites organiques en général et spondylites hystéro-traumatiques.

L'élément de diagnostic nécessaire, indispensable, est la radiographie. Certains en ont nié la valeur. Il est évident que la réalisation d'un bon cliché radiographique

des vertèbres surtout lombaires est très délicat et demande que l'on s'entoure des plus minutieuses précautions. Il est évident aussi que l'interprétation en est très difficile. Il ne faudra pas craindre de multiplier les épreuves, et, en attendant d'être fixé, il est prudent de considérer le malade comme un organique. Mais, dans presque tous les cas de pseudo-spondylites hystéro-traumatiques, on arrivera à acquérir la conviction que le rachis est absolument indemne. En règle générale, devront seules être considérées comme hystériques, les pseudo-spondylites pour lesquelles la radiographie a montré, à plusieurs reprises l'intégrité du rachis ; et cela à toutes les périodes, aussi bien pendant la période névralgie spinale pure que pendant la période camptocornie, la déformation rachidienne étant toujours physiologique et ne s'accompagnant jamais d'ankylose des corps vertébraux comme dans les plicatures organiques.

L'étude du liquide céphalo-rachidien devrait être pratiquée systématiquement. Malheureusement elle n'a souvent de valeur que pendant les quinze premiers jours qui ont suivi l'accident. Sicard a observé, dans plus des trois quarts des cas de vraies spondylites post-traumatiques, une hyperalbuminose manifeste se chiffrant par un taux d'albumine variant entre 0 gr. 40 et 0 gr. 75 (au lieu de 0 gr. 20 et 0 gr. 25) rapporté au litre de liquide céphalo-rachidien. La formule leucocytaire ne serait pas troublée. Cette hyperalbuminose ne se trouve pas dans les spondylites hystériques.

L'étude de la motilité nous montre dans les spondylites organiques, mal de Pott comme maladie de Kummel, un état hyperkinétique spécial de la musculature des membres inférieurs, avec exagération des réflexes

tendineux, alors que les réflexes sont en général normaux dans l'hystérie. Les troubles de la motilité spontanée sont plus rares dans les pseudo-spondylites que dans les lésions du rachis. D'ailleurs les paralysies et les tremblements hystériques présentent des caractères déjà étudiés qui très nettement écartent l'idée d'organicité.

L'attitude de l'hystérique n'arrive pas à simuler complètement l'attitude de l'organique. Tantôt il exagère, tantôt il néglige certains détails qui doivent attirer l'attention. Il ne faut pas oublier de faire exécuter aux malades certains mouvements délicats pour mieux apprécier la souplesse de son rachis : faire déshabiller le malade, lui faire délayer ses chaussures, etc. Un organique se contorsionnera moins mais sera bien plus gêné qu'un hystérique.

Au point de vue sensibilité, la rachialgie hystérique présente des caractères qui la différencient nettement de la douleur du mal de Pott ou des autres spondylites, qui est sourde, profonde, continue, diurne et nocturne, plus vive même la nuit, accrue par les mouvements et la fatigue, nettement localisée au rachis et non aux muscles paravertébraux. Il est prouvé que l'hyperesthésie cutanée peut exister dans les lumbalgies quelle qu'en soit la nature, mais elle est en général sous la dépendance d'une radiculite et sa topographie la caractérise assez nettement. Il en est de même pour les anesthésies cutanées, paravertébrales ou lointaines, qui sont un excellent symptôme de névropathie, lorsque leur topographie ne concorde pas avec la localisation supposée à une lésion médullaire. C'est ainsi qu'une anesthésie du membre supérieur ne peut s'expliquer par la lésion médullaire d'une spondylite lombaire. De plus, l'anesthésie hystérique a des limites nettes, morphologiques, seg-

mentaires et non pas radiculaires, respectant en général la région sacrée et les organes génitaux.

Les troubles trophiques et vaso-moteurs sont très fréquents dans le mal de Pott (escarres, cystite purulente, atrophie musculaire) et n'existent jamais dans l'hystérie. Sicard fait remarquer que dans les plicatures organiques les plis cutanés abdominaux, ombilical et sus-pubien, s'impriment en sillons qui s'irritent à la longue et deviennent rougeâtres et parfois séborrhéiques. Au contraire, l'hystérique ne présente pas ces altérations tégumentaires. Au cours du sommeil, sa flexion vertébrale se relâche, ce qui permet aux téguments de conserver une partie de leur tonicité.

Le sommeil profond entraîne en général chez l'hystérique le relâchement presque complet de ses muscles contracturés et le redressement du tronc. En effet, à l'état de sommeil, la suggestion qui est la seule raison de la douleur disparaissant, la flexion cesse d'être douloureuse et naturellement le rachis revient à la rectitude; ce relâchement intermittent permet d'éviter l'ankylose en position vicieuse en même temps que les troubles trophiques. Si au contraire il y a inflammation des corps vertébraux, spondylite vraie, le moindre mouvement d'extension involontaire provoquera dans le sommeil une douleur vive qui réveillera le malade. La plicature à plus forte raison ne disparaîtra pas dans le sommeil si elle est due à une ankylose en position vicieuse (maladie de Kümmel).

La pratique de l'anesthésie générale et de l'hypnose importent plus au point de vue traitement qu'au point de vue diagnostic. D'ailleurs, une plicature organique peut être une attitude antalgique qui disparaîtra au cours de la chloroformisation avec la douleur qui la commandait.

Mais il est évident que la guérison définitive d'une plication au cours de l'anesthésie générale ou de l'hypnose lève tous les doutes au point de vue diagnostic. Malheureusement ces moyens ne seront pas toujours acceptés par le blessé dont l'autorisation est cependant absolument nécessaire.

L'examen de l'état général ne doit jamais être négligé. A part les cas de psychonévroses traumatiques très graves, on ne constate pas chez l'hystérique le rapide amaigrissement habituel aux pottiques. L'hyperthermie n'a jamais été observée chez les hystériques; elle s'observera fréquemment au cours de l'évolution de la tuberculose vertébrale; elle ne manque jamais au cours des autres spondylites typhiques, mycosiques, ostéomyélitiques, etc... Un examen minutieux du malade évitera souvent d'envisager l'hypothèse d'hystérie, en faisant reconnaître des signes de tuberculose pulmonaire, d'adénite syphilitique, de plaies mycosiques et aiguillera immédiatement le diagnostic. L'interrogatoire du malade peut nous renseigner aussi en nous révélant par exemple une atteinte récente de fièvre typhoïde, etc.

2° Fractures et luxations du rachis

Si la fracture ou la luxation est complète, le tableau clinique sera d'emblée trop net pour qu'on puisse hésiter un seul instant: la forme toute particulière de la déformation et les signes immédiats de compression médullaire ne laisseront pas de place au doute. Mais, devant une rachialgie tenace, il faudra songer à la possibilité de petites fractures isolées des arcs ou des apophyses épineuses ou transversales. Parfois l'inspection de la région nous montre une déviation de la crête épineuse, mais

une fracture d'apophyse transverse ne pourra souvent être décelée que par la radiographie.

L'entorse est d'un diagnostic différentiel plus délicat. Souvent un œdème local indique nettement la lésion sous-jacente ; sinon l'évolution seule, par sa bénignité et sa rapidité, peut nous renseigner. Encore est-il beaucoup de cas, nous l'avons dit, où l'entorse jouera le rôle d'épine organique sur laquelle se greffera l'hystéro-traumatisme.

3° Mal de Pott

On doit envisager deux cas bien distincts selon que l'on a affaire à une névralgie spinale hystérique ou à une gibbosité ou une plicature hystéro-traumatique. Dans le premier cas, le diagnostic se pose avec un mal de Pott au début, révélé par le traumatisme, avant l'apparition de la gibbosité. Ce sont surtout les caractères de la douleur qui nous renseigneront. Nous les avons déjà étudiés longuement. Ajoutons simplement que les irradiations en ceinture lombo-abdominale se rencontrent fréquemment chez les pottiques, alors que chez les hystériques on ne rencontrera guère que des irradiations thoraciques, aux seins, aux aisselles. Il suffira de se rappeler que ces douleurs thoraciques, pour être d'origine organique, supposeraient une lésion des segments cervical ou dorsal supérieur, or on n'a pas d'exemple de pseudo-spondylites intéressant ces régions.

Le second cas pose le diagnostic avec le mal de Pott à gibbosité provoquée par le traumatisme, soit que cette gibbosité apparaisse quelque temps après l'accident, soit qu'elle se produise immédiatement par l'effondrement, sous le choc, de vertèbres déjà cariées

sans que rien n'ait antérieurement permis de reconnaître l'évolution du processus tuberculeux. Ce cas de gibbosité brusque chez les pottiques est excessivement rare. Gabourd (*Revue d'orthopédie*, 1907) en cite un cas, le seul bien démonstratif à notre avis.

Nous avons précédemment étudié les caractères particuliers aux déformations rachidiennes des pseudospondylites hystéro-traumatiques, courbures à grand rayon, sans angle saillant, à installation en général très brusque. Les paralysies hystériques présentent aussi des caractères très nets, succédant souvent immédiatement à l'accident. Or chez un pottique il faudrait, pour expliquer cette soudaineté, la fracture et l'effondrement brusque d'une vertèbre, cas exceptionnel, nous venons de le dire. Les paralysies pottiques s'installent lentement et progressivement, étant dues à une compression non par l'angle saillant de la gibbosité, mais par les parties molles (abcès froids, foyers de périméningite ou de pachyméningite) ; de plus elles n'atteignent que des territoires répondant exactement à la localisation des lésions médullaires.

En 1887, Audry prétendait faire de la gibbosité un symptôme différentiel décisif; nous savons aujourd'hui la fréquence des déformations rachidiennes hystériques. Par contre, l'autre signe pathognomonique du mal de Pott d'après cet auteur, l'abcès froid, garde toute sa valeur, les cas de faux abcès froids signalés par Brodie dans la coxalgie hystérique semblant très suspects.

Enfin la radiographie plus que partout ailleurs nous sera nécessaire. Elle montrera l'intégrité parfaite du rachis chez l'hystérique. Chez le pottique, par contre, on constatera soit l'effondrement d'un corps vertébral, soit au moins une décalcification et une raréfaction du

tissu osseux, et souvent il sera possible de reconnaître l'ombre d'un abcès froid en formation.

4° Spondylites post-traumatiques

Si le traumatisme ne joue dans le mal de Pott que le rôle d'élément révélateur, il est d'autres affections où il apparaît comme la cause réelle d'un processus dont les deux symptômes : la rachialgie et la déformation rachidienne, sont les mêmes que ceux de nos pseudo-spondylites hystéro-traumatiques. Nous réunissons sous le nom de spondylites post-traumatiques tous ces cas si voisins, par leur symptomatologie et leur étiologie, de l'hystéro-traumatisme localisé au rachis, mais qui s'en différencient nettement par la présence de lésions organiques réelles.

C'est la difficulté d'expliquer pathogéniquement ces affections qui a amené une très grande confusion dans leur étude. Kümmel et Verneuil, en 1892, les décrivirent concurremment pour la première fois, leur donnèrent leur nom et leur attribuèrent la meilleure explication pathogénique : une fracture par tassement due au traumatisme et révélée simplement au début par des phénomènes douloureux amènerait ultérieurement une décalcification du tissu osseux mal nourri et l'effondrement d'une vertèbre, lequel serait suivi d'une ankylôse en position vicieuse. D'autres auteurs font intervenir l'inflammation d'une vertèbre au niveau de la fracture; d'autres n'ont vu là que de l'hystérie. L'explication de Kümmel et de Verneuil reste la meilleure pour la majorité des cas; elle explique aussi bien les camptocormies organiques observées pendant la guerre, que les cas plus nets qu'ils observèrent au début. Pierre Marie a étudié sous le nom

de « cyphose hérédo-traumatique » une forme qui ne diffère de la maladie de Kümmel que par son évolution sur un terrain riche en hérédité nerveuse. Schanz et Denucé, sous le nom d'« insuffisance vertébrale », ont décrit des formes d'étiologie très diverse, mais leurs formes post-traumatiques, sans lésions visibles à la radiographie et évoluant d'ailleurs chez des névropathes, paraissent très nettement rattachables à l'hystéro-traumatisme.

La symptomatologie des spondylites post-traumatiques est toujours la même : après le traumatisme apparaît une rachialgie dans les régions dorsale et surtout lombaire, douleur qui impose au rachis une immobilité complète. A cette douleur peut coexister une déformation rachidienne immédiate. Mais généralement, au contraire, la douleur reste le seul symptôme au début, puis elle va s'atténuant et l'on observe une période de guérison apparente, « Frei Intervall », durant plusieurs mois. Enfin, soit brusquement, soit insidieusement, apparaissent une recrudescence de la rachialgie, des troubles nerveux, paraplégies, etc., et une déformation rachidienne très nette.

Nous avons donc le plus souvent ; 1° une période douloureuse à rapprocher de la névralgie spinale hystérique ; 2° une période de guérison apparente à rapprocher de la période de méditation précédant parfois la gibbosité hystérique ; 3° une période de déformation rachidienne à rapprocher des plicatures ou des cypho-scolioses hystéro-traumatiques.

Les caractères de la douleur dans l'hystérie sont assez particuliers, nous l'avons déjà vu, pour permettre parfois le diagnostic avec la première période de la maladie de Kümmel. La période de méditation de l'hystérie n'est

pas en général une période aussi silencieuse que le « Frei Intervall », car la douleur persiste le plus souvent très nette et la contracture musculaire, insuffisante encore pour simuler une déformation rachidienne, laisse du moins au sujet une attitude caractéristique. Quant à la déformation rachidienne, elle est en général d'un diagnostic plus aisé. La gibbosité de la maladie de Kümmel est souvent une cyphose ou une scoliose à grand rayon, tenant à une contraction musculaire, tout comme l'attitude antalgique des hystériques. Mais le plus souvent, en un point de cette cyphose ou de cette scoliose, on observe une courbure plus nette, un angle saillant aigu qui révèle une lésion organique; et si, par l'extension, on essaie de redresser le malade, on voit disparaître presque complètement la cyphose à grand rayon, mais l'angle saillant persiste, rendu au contraire plus visible, et ces tentatives d'extension n'arriveront jamais à la réduction complète comme dans l'hystéro-traumatisme.

Cette lésion vertébrale est traduite cliniquement par les signes que nous avons étudiés à propos du diagnostic de l'organicité des spondylites. Elle est mise en évidence par la radiographie. Au premier stade, la constatation en est très délicate et même parfois impossible, jusqu'à ce qu'un certain degré de tassement se soit produit : d'où la nécessité de répéter les épreuves. Plus tard, la décalcification d'un corps vertébral, l'effondrement, la production d'un cal vicieux avec des ostéophytes exubérants feront rapidement le diagnostic.

5° Spondylites infectieuses

C'est l'étiologie qui fera le plus souvent le diagnostic. D'ailleurs le diagnostic différentiel, comme pour le mal

de Pott, ne se posera que dans les cas où un traumatisme aurait révélé une lésion vertébrale déjà en évolution, mais non encore diagnostiquée. L'ostéomyélite vertébrale se différencie nettement par son mode de début brusque avec grands frissons, fièvre élevée ; la formation d'un abcès chaud lèverait tous les doutes. Les antécédents, l'examen général du malade montrant des gommes ou des ulcérations sur d'autres points du corps feront penser à une spondylite syphilitique ou mycosique ; dans le premier cas, un Wassermann positif, la constatation à la radiographie des ostéophytes syphilitiques si caractéristiques ; dans le second cas, la réaction de fixation lèverait tous les doutes. La spondylose rhizomélisque de Pierre Marie est caractérisée très nettement par son évolution plus lente et par la radiographie (atteinte de tout le rachis ou presque, aspect moniliforme avec disparition de l'évidement des corps vertébraux et disparition des disques et des espaces intervertébraux). Enfin, il suffira de savoir que le malade est dans la période de convalescence d'une fièvre typhoïde pour porter le diagnostic de spondylite post-typhique ; d'ailleurs le début en est accompagné d'hyperthermie ; secondairement, un élément névropathique peut venir s'ajouter à l'infection pour en exagérer le tableau clinique, mais nous croyons imprudent de qualifier systématiquement d'hystériques les camptocormies succédant aux spondylites post-typhiques ou post-paratyphiques, ainsi que l'ont fait Chiray et Roger.

Dans un article de la Presse médicale (février 1918), Léri, sous le nom de « lumbarthrie », a décrit une variété de rhumatisme lombaire chronique, tout à fait spéciale, rigoureusement localisée, et qu'il assimile aux camptocormies hystériques. Il ne voit dans le trauma-

lisme qu'une « cause localisatrice à ce rhumatisme auquel le sujet était d'autre part prédisposé par l'humidité et le surmenage de la vie de tranchées ». Souques fait remarquer que les lésions vertébrales facilement décelables dans la lumbarthrie manquent dans les camptocormies hystéro-traumatiques. Les cas de récédive après guérison apparente ne doivent pas être pris pour un rhumatisme évoluant par poussées successives. Il n'y faut voir que les récédives très communes dans les accidents pithiatiques, explicables par l'état mental des hystériques et guérissables, aussi bien que la première atteinte, par la psychothérapie.

III. Diagnostic avec les maladies de la moëlle et des méninges.

Les maladies de la moëlle et des méninges s'accompagnent souvent de rachialgie, mais elles n'ont que rarement un traumatisme comme cause. Certaines, évoluant sous une forme aiguë, telles les méningites, s'accompagnent de fièvre et ne peuvent prêter à confusion.

La commotion médullaire, étudiée d'abord par Ericksen sous le nom de « railway spine », fut considérée longtemps comme de l'hystéro-traumatisme. Mais elle n'offre nullement le tableau clinique des localisations rachidiennes du pithiatisme, car ou bien elle n'est qu'une véritable contusion médullaire, ou bien elle est compliquée d'hystéro-traumatisme mais simule alors des lésions médullaires et non rachidiennes. L'hématomyélie consécutive à un traumatisme, les myélites sont caractérisées par la topographie nettement radiculaire de leurs

troubles sensitivo-moteurs, la fièvre, les troubles sphinctériens, etc.

La syringomyélie traumatique a été souvent observée. Mais il est probable que le traumatisme n'a fait qu'accélérer l'évolution de lésions médullaires existant antérieurement. Elle peut présenter de la rachialgie et souvent de la cypho-scoliose. Mais elle s'accompagne de troubles très particuliers de la sensibilité (dissociation syringomyélique), de troubles trophiques rapides et d'atrophie musculaire.

IV. Diagnostic positif d'hystérie

On ne doit jamais penser à l'hystérie qu'après avoir éliminé toutes les diverses maladies que nous avons énumérées. Et, au cours des divers examens que cette étude aura nécessités, l'observateur aura recueilli en général quelques éléments pouvant légitimer le diagnostic d'hystéro-traumatisme.

L'étiologie, nous l'avons vu, n'est d'aucun secours, le traumatisme pouvant être la cause occasionnelle ou révélatrice de toutes les affections du rachis ou de la moelle. La notion de shock nerveux, d'émotion, ne peut en général être étudiée. Les antécédents nerveux, soit personnels, soit héréditaires, manquent presque toujours.

C'est la constatation des stigmates de l'hystérie qui emporte le diagnostic. Mais quelle est leur valeur? Il est évident d'abord qu'ils peuvent être observés chez de nombreux malades hystériques, mais atteints de lésions organiques; on sait la fréquence de l'association de la

tuberculose en particulier avec l'hystérie; une épine organique est souvent à la base des cas tenaces et difficiles. De plus, ils peuvent parfois manquer totalement et très souvent ils peuvent être peu nombreux. L'hystéro-traumatisme est le plus souvent une hystérie localisée et ne s'accompagne pas du long cortège de manifestations nerveuses si diverses de la grande hystérie.

Nous avons étudié avec la symptomatologie ces divers stigmates. Ajoutons seulement ici que, en dehors du psychisme spécial, l'anesthésie des muqueuses et le rétrécissement concentrique du champ visuel nous paraissent les stigmates les plus fréquents.

V. Diagnostic de la simulation

Après avoir éliminé les diverses maladies susceptibles d'être imitées par l'hystérie, et avant d'admettre définitivement le diagnostic d'hystéro-traumatisme, il importe presque toujours de voir s'il n'y a, de la part du sujet, ni simulation, ni exagération.

On a proposé certains signes pour dépister la simulation des hyperesthésies en particulier (signe de Mankopf et de Mayer : accélération du pouls et dilatation de la pupille à la pression des zones hyperesthésiées). Ces signes n'ont qu'une valeur très contestable.

Il n'y a pas de règle à poser pour ce diagnostic. C'est une affaire de psychologie d'abord, de surveillance continue et minutieuse ensuite. Il est presque impossible à un simulateur de continuer son rôle très longtemps, sans laisser échapper quelque faute. Pendant la guerre, nous croyons qu'il n'y a eu que bien peu de simulateurs

vrais; la plupart n'étaient que des malades de la volonté, très voisins de l'hystérie; les autres ne pouvaient échapper longtemps aux pièges tendus par un observateur minutieux et patient.

Aussi, étant donné la difficulté du diagnostic et la gravité des décisions que celui-ci peut entraîner, on doit s'entourer de toutes les précautions nécessaires et savoir réserver son jugement. Car il est aussi important de ne pas prendre un hystérique pour un simulateur, qu'un organique pour un hystérique.

PRONOSTIC ET MÉDECINE LÉGALE

(MILITAIRES ET ACCIDENTÉS DU TRAVAIL)

Le pronostic serait évidemment favorable, vu l'ensemble de toute lésion organique. Mais il est assombri par la ténacité de certaines formes et les récidives toujours possibles. La forme purement névralgique, prise au début, paraît plus susceptible d'une guérison rapide et complète, que les formes compliquées de déformation rachidienne, surtout si elles s'accompagnent de troubles moteurs.

C'est l'état du psychisme qui, en général, doit faire le pronostic. Malheureusement, l'inaction à laquelle le malade se trouve trop souvent condamné, soit par ses souffrances, soit par un mauvais traitement, conséquence d'une erreur de diagnostic, est bien faite pour lui enlever toute sa force de volonté et l'amener progressivement à désespérer de sa guérison.

Au double point de vue pronostic et médecine légale, on doit donc étudier séparément les quatre formes différentes déjà signalées : la sinistrose, l'hystérie pure, la neurasthénie pure, la névrose traumatique.

La sinistrose doit être considérée comme une exagéra-

tion bien voisine de la simulation. Le malade ne pense plus qu'à exploiter son accident pour obtenir une indemnité ou une pension ; il ne s'avouera guéri que lorsqu'il aura reçu complète satisfaction. Ces cas doivent être traités sans indulgence. Une décision énergique doit solutionner immédiatement la situation des malades. Militaires, ils étaient pendant la guerre renvoyés aux armées, parfois après un court séjour dans des formations où une discipline très rude constituait la seule psychothérapie nécessaire. Accidentés du travail, ils doivent également ne recevoir aucune indemnité.

Les hystériques purs sont les plus capables de bénéficier du traitement psychothérapique. Ils sont en général facilement curables et peuvent être considérés comme aptes à la reprise de leur travail ou de leur vie militaire, sans indemnité. Pour eux, les récives sont toujours possibles mais également susceptibles de guérison.

Les neurasthéniques doivent être considérés comme beaucoup plus gravement atteints. La céphalée, l'insomnie, les cauchemars, l'hypochondrie et la mélancolie doivent faire admettre un pronostic grave. Il ne faut pas abandonner cependant tout espoir : on devra donner au malade une indemnité temporaire d'un taux élevé. Un examen ultérieur montrera peut-être quelque amélioration, mais il est rare d'observer une guérison assez rapide. Militaires, ces malades pendant la guerre devaient traîner de dépôt en dépôt, d'hôpital en hôpital, sans qu'on puisse songer à les utiliser. Civils, leur pension devra être maintenue jusqu'à guérison et si celle-ci tarde trop on pourra, après avoir tenu compte de l'exagération possible, adopter une solution définitive avec forte indemnité. Dans quelques cas, une guérison rapide

pourra alors survenir ; l'amour-propre du médecin ne doit pas en être blessé, car c'était probablement la seule façon de guérir le malade sans qu'on puisse pour cela le traiter de simulateur.

Enfin les cas de névroses traumatiques vraies où le psychisme très atteint montre une association de l'hystérie et de la neurasthénie sont d'un pronostic extrêmement sombre ; le malade peut presque toujours être considéré comme incurable et souvent dans ces formes l'incapacité au travail est absolue et définitive. Les améliorations que l'on peut voir survenir seront passagères et presque fatalement suivies de rechute ; la thérapeutique est en général impuissante. C'est dans ces cas surtout qu'il faudra rapidement prendre une décision et demander une pension importante qui pourra seule empêcher la maladie de s'aggraver tous les jours. La plupart du temps, ces pensions d'abord temporaires devront être rendues définitives.

Dans tous les cas, il faudra s'inspirer de ce principe que le médecin a surtout le devoir de défendre l'intérêt du malade, sans toutefois négliger de restreindre la responsabilité patronale dans les cas où il y aurait antérieurement une prédisposition nette.

TRAITEMENT

Il est bien difficile de donner des règles précises pour le traitement de l'hystéro-traumatisme et cependant la dernière guerre a fort développé notre expérience à ce sujet.

Il paraît nécessaire de distinguer le traitement des cas récents de celui des cas anciens.

Le traitement des cas récents est en général des plus faciles. La suggestion orale suffit le plus souvent et au bout de quelques jours le malade doit être guéri, sinon on doit soupçonner chez lui soit la simulation, soit au contraire une épine organique. C'est ainsi que pendant la guerre on a rarement observé de grandes plicatures à l'intérieur à partir de 1916; c'est que le diagnostic étant alors plus rapide et la conduite à tenir mieux connue, quelques jours de psychothérapie dans les centres neurologiques de la zone des armées suffisaient pour rendre la plupart de ces malades à la vie militaire. Il ne fallait pour cette suggestion orale qu'un peu d'autorité et quelque connaissance du psychisme hystérique.

Mais le traitement des cas anciens est autrement difficile. Ici le rôle du médecin est encore plus délicat. Il lui faut prendre sur le moral du sujet un grand ascendant,

car il va jouer auprès de lui le rôle d'un véritable éducateur. Il est nécessaire avant tout de convaincre le malade qu'il n'est pas atteint d'une affection grave et surtout de lui donner l'espoir d'une guérison prochaine, complète et définitive.

Le malade sera soigneusement isolé de son milieu habituel dont les conseils, même les mieux inspirés, ne peuvent que lui être préjudiciables. Tout autour de lui devra concourir à relever son moral et, loin de le laisser auprès de vrais malades, on devra, si possible, l'entourer d'hystériques déjà guéris, convertis; pourrait-on dire, par les mêmes moyens qui vont lui être appliqués.

Loin de dédaigner les symptômes, il faut paraître les combattre et s'attaquer d'abord aux douleurs. Il suffira d'ailleurs le plus souvent de supprimer la rachialgie pour redonner à la colonne vertébrale toute sa souplesse normale. On a souvent critiqué l'emploi contre l'hystérie des divers procédés de révulsion, et cependant ils constituent les moyens les plus simples de frapper l'imagination du sujet. Quelques applications de pointes de feu superficielles, quelques vésicatoires, des applications de teinture d'iode, des pulvérisations d'éther ou mieux de chlorure d'éthyle peuvent parfois agir très efficacement; un autre moyen plus actif encore, préconisé par Délearde, consiste dans l'injection épidurale de cocaïne : dans un cas de cyphose, rapporté par cet auteur, l'effet fut merveilleux; le blessé, plicaturé depuis onze mois, sortit 20 minutes après complètement et définitivement redressé, n'éprouvant plus aucune douleur.

Le sommeil hypnotique, quand le sujet y consentira, pourra être employé avec efficacité contre l'élément déformation. Délearde recommande plus volontiers le sommeil chloroformique qui, d'après lui, supprime fatale-

ment la contracture et dont le résultat pourra être maintenu si, avant le réveil, on replace le malade dans son lit et si, dès qu'il reprend connaissance, on termine la cure en lui démontrant qu'il est redressé, qu'il ne souffre plus et en le convainquant que la guérison est définitive.

Les gouttières, les corsets plâtrés et les appareils à extension continue ont été souvent appliqués, mais il ne faut pas prolonger l'immobilisation à laquelle ils condamnent le sujet. Nous croyons même préférable d'ordonner des massages et de la mécanothérapie ; l'hydrothérapie et l'électrothérapie doivent aussi être essayées.

Pendant la guerre, Roussy, Boisseau et d'OElsnitz avaient organisé à Salins-du-Jura un centre de psychonévrosés que l'on peut considérer comme un centre modèle et dont nous voulons citer la méthode à titre d'exemple. Malheureusement, bien des éléments de la thérapeutique employée par eux manqueront pour le traitement des psychonévroses que nous observerons en temps de paix. C'est qu'en effet, chez eux, la période de préparation, période la plus importante, consistait uniquement dans la suggestion et la persuasion qui naissaient des conversations des psychonévrosés guéris avec les psychonévrosés en traitement. Il sera difficile dorénavant (et c'est heureux) de réunir un aussi grand nombre de malades pour obtenir cette « psychothérapie mutuelle », selon l'expression de M. le professeur Rimbaud.

Après quelques jours de cette préparation avait lieu une séance de psychothérapie active que M. le professeur Rimbaud décrit ainsi : « Les médecins s'enferment dans leur cabinet, seuls avec le malade ; ils s'y enferment avec la volonté absolue de ne le laisser sortir que guéri ; tout est là. Après avoir procédé à un nouvel

examen du sujet, ils lui expliquent, autant que possible, ce qu'ils veulent obtenir de lui, lui indiquent les muscles qu'il doit contracter et ceux qu'il doit relâcher, le rassurent en lui expliquant l'innocuité des courants qu'ils vont employer et en insistant sur leur efficacité spéciale. Ils font alors passer un simple courant faradique fourni par la pile faradique, type du Service de Santé, de façon à n'arriver jamais à une sensation vraiment pénible. Pendant toute la durée du passage du courant, ils parlent au malade, l'encouragent, insistent, doucement d'abord, puis avec plus d'énergie si le sujet résiste, et arrivent parfois en quelques minutes, parfois en un quart d'heure, une demi-heure et dans quelques cas après une heure et plus, à faire disparaître complètement le trouble pithiatique. »

Tous les agents thérapeutiques envisagés n'agissent pas directement. Ce n'est que la conviction de leur efficacité imposée au malade par le médecin qui leur permettra de donner quelque résultat. Le difficile sera précisément de trouver la médication qui, frappant le mieux l'imagination du sujet, se montrera la plus efficace. Il faut se baser sur le psychisme du sujet pour le choix de cette thérapeutique, il faut la doser d'après les capacités intellectuelles du malade. Aussi, en général, nous croyons que les méthodes de douceur sont plus utiles que les méthodes énergiques ou brutales même, qui parfois ont été employées (torpillage).

En somme, pour employer l'expression de Grasset à la Réunion de la Société Neurologique de Paris (avril 1916), il faut donner aux pratiques physiothérapiques un caractère psychothérapique. C'est ce qu'il appelait la physiopsychothérapie.

Enfin, il ne faudra pas oublier que le calme moral est

nécessaire au malade ; aussi celui-ci ne devra pas conserver la moindre crainte sur son avenir ; il devra être assuré d'une réforme avec gratification s'il est militaire et que la maladie s'affirme longue et grave ; un dédommagement devra lui être obtenu s'il est accidenté de travail. Souvent une solution rapide de sa situation sera la meilleure et la plus active des thérapeutiques.

CONCLUSIONS

I. — L'hystéro-traumatisme, dans sa localisation au rachis, peut revêtir des formes très diverses :

1° Une forme névralgique, constituée presque exclusivement par de la rachialgie : névralgie spinale hystéro-traumatique.

2° Une forme dans laquelle à la douleur s'ajoute une déformation rachidienne : cypho-scoliose hystéro-traumatique.

3° Enfin une forme plus complexe, la plicature; dans laquelle aux symptômes précédents aggravés et exagérés s'ajoutent des troubles sensitivo-moteurs et psychiques.

II. — Toutes ces formes peuvent être réunies sous le nom de pseudo-spondylites hystéro-traumatiques, car, maladies sans lésions, elles simulent surtout les vraies spondylites post-traumatiques et elles forment un tout nettement individualisé au point de vue clinique, la forme névralgique ne constituant que le début d'un pithiatisme évoluant vers la déformation rachidienne et pouvant se compliquer ultérieurement de stigmates hystériques divers.

III. — L'étiologie est celle de tout hystéro-traumatisme. Pathogéniquement, on peut expliquer la rachialgie par la suggestion et on ne doit voir dans la camptocormie qu'une attitude antalgique devenue définitive avec le temps.

IV. — Le diagnostic différentiel se pose avec les vraies spondylites post-traumatiques (maladie de Kummel-Verneuil) et aussi avec toutes les spondylites d'origine infectieuse survenues à la suite d'un traumatisme ou révélées par lui. Le diagnostic d'hystéro-traumatisme ne devra être porté qu'après élimination de toutes les autres affections du rachis ou du système nerveux, en se basant sur les caractères de la douleur, sur l'étiologie et l'évolution de la maladie, sur les stigmates hystériques et sur la radiographie affirmant l'absence de toute lésion. Il ne faudra pas oublier que, dans certains cas, la présence évidente d'hystérie post-traumatique n'exclut pas la possibilité d'une épine organique.

V. — Le pronostic de cette maladie est lié à l'état du psychisme : la prédominance du psychisme neurasthénique rendra le pronostic très sombre et nécessitera souvent une solution médico-légale rapide qui, sans léser les intérêts du responsable (Etat ou patron), doit favoriser le malade afin de délivrer son esprit de tout souci matériel propre à aggraver son état.

VI. — Le traitement devra toujours s'adresser au psychisme, soit directement par la suggestion orale, soit indirectement en combattant les symptômes et surtout la douleur par la physiopsychothérapie.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- ALBERGNIÉ. — La maladie de Brodie (pseudo-mal de Pott hystérique) (Thèse Montpellier, 1914).
- AIMES. — Névralgie spinale de Brodie (Progrès médical, 20 juin 1914).
- Le pseudo-mal de Pott hystérique (Concours médical, 15 janvier 1919).
- AUDRY. — Lyon médical, 23 octobre 1887.
- CHARCOT. — Des paralysies hystéro-traumatiques chez l'homme; paraplégie et mal de Pott (Semaine médicale, 1887).
- CHIRAY et ROGER. — Camptocormies hystériques et spondylites typiques (Presse médicale, 27 février 1919).
- DÉLÉARDE. — De la cyphose hystéro-traumatique (maladie de Brodie) (Gazette des hôpitaux, 5 juillet 1902).
- GRUTZHAENDLER. — Contribution à l'étude des troubles sensitivo-moteurs hystéro-traumatiques à l'occasion de la guerre (Thèse Paris, 1915).
- HOUËIX DE LA BROUSSE. — De la scoliose hystérique (Thèse Bordeaux, 1898).

(1) Des très nombreux ouvrages que nous avons voulu consulter pour notre travail, la plupart ne figurent pas dans ce court tableau bibliographique: les uns ne traitaient que de l'hystéro-traumatisme en général, les autres des diverses spondylites organiques. Nous n'avons relaté ici que ceux qui intéressent plus directement notre sujet.

LÉRI. — Lumbarthrie (Presse médicale, 28 février 1918).

MERLIN. — Du pseudo-mal de Pott hystérique (Thèse Paris, 1889).

Revue neurologique, avril 1916. — Sur les accidents nerveux par la déflagration de fortes charges d'explosifs (Rapports de Cl. Vincent, Roussy, Boisseau, Sicard, etc...).

RIMBAUD. — Le traitement des psychonévroses de guerre et des troubles nerveux dits réflexes (Marseille médical, octobre 1917).

— A propos de la méthode de traitement des psychonévroses dite du « Torpillage » (Marseille médical, septembre 1916).

ROUX. — Etude sur quelques formes rares de contractures hystériques (Thèse Paris, 1897).

SCHÈRE. — Pottisme hystérique, guérison au cours de l'hypnose (Bulletin médical de l'Algérie, 1909).

SICARD. — Spondylites par « obusite » ou vent d'obus ; attitudes vertébrales antalgiques (Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 juin et 3 juillet 1915).

SOUQUES. — Contribution à l'étude des symptômes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière (Thèse Paris, 1891).

— Camptocormie et lumbarthrie (Revue neurologique, mai-juin 1918).

SOUQUES et ROSANOFF-SALOFF. — La camptocormie (Revue neurologique, 1915).

VIC. — De la scoliose hystérique (Thèse Paris, 1892).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 17 janvier 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 16 janvier 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

SÈRMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
